

**ESTADO DE ALABAMA - ASISTENCIA ALIMENTICIA
SOLICITUD SIMPLIFICADA PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD**

Número de caso _____
Fecha de la solicitud _____
Condado _____

Esta solicitud es para personas que solicitan Asistencia Alimenticia cuando:

- Todas las personas en el hogar de Asistencia Alimenticia tienen 60 años de edad o más; o
- Todos los miembros del hogar tienen 60 años de edad o más y compran y preparan sus alimentos de manera separada de las otras personas en el hogar; y
- Ningún miembro del hogar de Asistencia Alimenticia recibe ingresos por trabajo.

Puede presentar esta solicitud llenando por lo menos su nombre y domicilio y firmando el formulario. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame sin costo al 1-800-438-2958.

Díganos quién es y dónde vive.

Su nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____
(Nombre, segundo nombre, apellido)

Dirección postal _____ Domicilio (si es diferente) _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ C.P. _____

Número telefónico o para mensajes _____ **(Debemos poder llamarle a este número de L-V, de 8 a 5)**

SERVICIO ACELERADO

Si aún no está certificado para recibir asistencia alimenticia este mes, es posible que pueda recibir asistencia alimenticia en menos de 7 días si en su hogar tienen poco o nada de dinero. Si quiere ver si califica para servicio acelerado, conteste estas preguntas.

1. ¿Cuánto dinero tienen los miembros de su hogar en efectivo o en una cuenta bancaria? \$ _____
2. ¿Qué cantidad de ingresos totales recibió o espera recibir este mes, incluyendo dinero en efectivo? \$ _____
3. ¿A cuánto asciende su alquiler o pago de hipoteca mensual? \$ _____ Servicios con excepción del teléfono \$ _____
4. ¿Usted o alguien de su hogar recibió o espera recibir beneficios de Asistencia Alimenticia este mes? Sí No
Si contesto que sí, de dónde _____.

REPRESENTANTE AUTORIZADO

¿Quiere darle a alguien más permiso para solicitar o recibir beneficios de asistencia alimenticia por usted? Sí No

Persona responsable de hacer la solicitud por usted. _____ Persona responsable de obtener una tarjeta EBT para comprar sus alimentos. _____

Nombre _____ Nombre _____

Número telefónico _____ Número telefónico _____

1. Mencione a todas las personas para las que solicita Asistencia Alimenticia. DEBE incluir a su cónyuge, si vive con usted.

Número de Seguro Social	Nombre	Inicial	Apellido	F. de Nac.	Edad	Sexo/ M/F	Raza	Origen étnico	Ciudadano de EE.UU.	Parentesco con usted
								Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Usted mismo
								Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
								Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
								Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
								Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

AÑADA UNA HOJA SEPARADA SI NECESITA MÁS ESPACIO PARA MIEMBROS DE SU HOGAR.

2. Mencione a todas las personas que viven en su hogar para las que no compra ni prepara alimentos.

Nombre	Parentesco con usted	F. de Nac.	¿Esta persona paga alguna porción de los gastos del hogar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Esta persona le entrega algún dinero? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			¿Esta persona paga alguna porción de los gastos del hogar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Esta persona le entrega algún dinero? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			¿Esta persona paga alguna porción de los gastos del hogar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Esta persona le entrega algún dinero? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			¿Esta persona paga alguna porción de los gastos del hogar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Esta persona le entrega algún dinero? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			¿Esta persona paga alguna porción de los gastos del hogar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Esta persona le entrega algún dinero? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

AÑADA UNA HOJA SEPARADA SI NECESITA MÁS ESPACIO PARA PERSONAS QUE NO SON MIEMBROS DE SU HOGAR.

3. ¿Usted o algún miembro de su hogar de Asistencia Alimenticia se encuentra fugitivo por un delito grave o en violación de su libertad condicional o bajo palabra? Sí No
4. ¿Usted o alguien de su hogar de Asistencia Alimenticia ha sido condenado por un delito grave que involucre drogas y que ocurrió después del 22 de agosto de 1996? Sí No

5. Díganos **TODAS** los ingresos que recibe su hogar de Asistencia Alimenticia. Los tipos de ingresos pueden incluir Seguro Social, SSI, pensiones o jubilación, beneficios para veteranos, manutención de menores, dinero de amigos o familiares, desempleo, jubilación de ferrocarriles, dividendos, intereses y cualquier otro ingreso. * Monto antes de deducciones.

Tipo de ingreso	¿Quién lo recibe?	*Monto mensual bruto

6. ¿Usted o algún miembro de su hogar de Asistencia Alimenticia trabaja? Sí No

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona en este renglón. _____

7. Háblenos de sus gastos de alojamiento.

Tipo de gasto	¿Quién paga este gasto?	Monto pagado	¿Con qué frecuencia?
Pago de hipoteca o alquiler			
Alquiler de terreno para casa móvil			
Impuestos de propiedad de su vivienda **			
Seguro de vivienda **			

** *Incluir sólo si se pagan por separado de la hipoteca*

8. Háblenos de sus gastos de servicios básicos.

Tipo de gasto	¿Quién paga este gasto?	Monto pagado	¿Con qué frecuencia?
Electricidad			
Gas			
Agua			
Basura			
Teléfono			

9. ¿Cómo calienta su vivienda? Gas Electricidad Leña Otro _____

¿Tiene aire acondicionado? Sí No

10. ¿Ha recibido o espera recibir ayuda del Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)?

Sí No Si contestó que sí, ¿cuándo? _____.

11. ¿Algún miembro de su hogar de Asistencia Alimenticia paga gastos médicos de su bolsillo? Sí No

Si contestó que sí, mencione cada tipo de gasto médico que paga e incluya comprobantes. Por ejemplo, (recetas, consultas médicas, facturas de hospital, seguro de salud, primas de Medicare, transporte, etc.)

SI NO INCLUYE COMPROBANTES, NO SE OTORGARÁ UNA DEDUCCIÓN POR ESTOS GASTOS.

Gasto médico	Monto mensual	Gasto médico	Monto mensual

12. ¿Algún miembro de su hogar de Asistencia Alimenticia paga manutención de menores por orden judicial a o para alguien que no vive en su hogar? Sí No Si contestó que sí, monto que paga al mes \$ _____ e incluya comprobantes para recibir la deducción correspondiente. Por ejemplo, copia de la orden judicial o una carta del DHR.

Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que yo o mi representante autorizado hemos proporcionado en este documento es veraz hasta donde tengo conocimiento. Otorgo mi permiso para que el Departamento de Recursos Humanos haga todos los contactos necesarios para verificar mis afirmaciones. Sé que podría ser sancionado si proporciono información falsa u oculto información intencionalmente. Certifico que recibí el folleto de Derechos y Responsabilidades.

13. Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del testigo, si se firmo con una "x": _____

Declaración de No Discriminación del USDA

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

RETISTRO DE VOTANTES

SI NO ESTÁ REGISTRADO PARA VOTAR EN DONDE VIVE AHORA, ¿LE GUSTARÍA SOLICITAR SU REGISTRO PARA VOTAR AQUÍ Y AHORA?

- Sí, me gustaria registrarme para votar.**
- Sí estoy registrado pero me gustaría cambiar mi domicilio para votar.**
- No, no quiero solicitar mi registro para votar.**

Si no marca ninguna casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar por ahora.

Solicitar o no solicitar su registro para votar no tendrá ningún efecto en el monto de la asistencia que esta aencia le proporcionará.

Si desea ayuda para llenar el formulario de registro para votar, le ayudaremos. Puede solicitar ayuda para llenar el formulario de solicitud en el momento de su entrevista, o bien llamar al Departamento de Recursos Humanos de su localidad, que está ubicado en su condado. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es exclusivamente de usted. Puede llenar el formulario de solicitud en privado.

Ya sea que decida solicitar su registro para votar, o que se niegue a hacerlo, la información en su formulario de solicitud o declinación se mantendrá confidencial y sólo se usará para efectos del registro para votar.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse para votar o a negarse a hacerlo, con su derecho a la privacidad para decidir si desea registrarse o para solicitar su registro para votar, o con derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un queja a la Secretaría de Estado en el Capitolio Estatal, 600 Dexter Avenue Suite E-208, Montgomery, Al 36130 o llamando al 334-242-7210 o al 1-800-274-VOTE (1-800-274-8683).

